

và cầu về oxy của não khi nhiệt độ tăng lên.

Hạn chế của nghiên cứu này là chưa đánh giá được thời gian và độ sâu khi xảy ra tụt rSO₂, tức là chỉ số AUC. Cần thêm những nghiên cứu trong tương lai để đánh giá liên quan giữa chỉ số AUC với các biến chứng sau mổ và hiệu quả can thiệp khi có tụt rSO₂ trong mổ.

V. KẾT LUẬN

– Giá trị rSO₂ nền của bệnh nhân phẫu thuật tim mạch là 65,30 ± 5,45% cho bán cầu bên phải và 65,33 ± 6,09% cho bán cầu bên trái.

– Bảo hòa oxy vùng của não (rSO₂) giảm thấp nhất trong khi chạy tuần hoàn ngoài cơ thể và tăng lên sau khi ngừng tuần hoàn ngoài cơ thể, sau đó dần trở về giá trị nền của bệnh nhân trước khi gây mê.

– Tỷ lệ bệnh nhân với ít nhất một lần tụt bão hòa oxy vùng của não trong quá trình chạy tuần hoàn ngoài cơ thể là 53,03%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tan S. Cerebral oximetry in cardiac surgery.
2. Casati A, Spreafico E, Putzu M, Fanelli G. New technology for noninvasive brain monitoring: continuous cerebral oximetry. *Minerva Anesthesiol.* 2006;72(7-8):605-625.
3. Casati A, Spreafico E, Putzu M, Fanelli G. New technology for noninvasive brain monitoring:

continuous cerebral oximetry. *Minerva Anesthesiol.* 2006;72(7-8):605-625.

4. Subramanian B, Nyman C, Fritock M, et al. A Multicenter Pilot Study Assessing Regional Cerebral Oxygen Desaturation Frequency During Cardiopulmonary Bypass and Responsiveness to an Intervention Algorithm. *Anesth Analg.* 2016; 122(6): 1786-1793. doi: 10.1213/ ANE.0000000000001275
5. Singh SP, Choudhury M, Chowdhury UK, Chauhan S. CHANGES IN CEREBRAL OXYGENATION DURING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING AND ITS DEPENDENCE ON HAEMATOCRIT, MEAN ARTERIAL PRESSURE AND PARTIAL PRESSURE OF OXYGEN IN ARTERIAL BLOOD. *Indian J Clin Anaesth.* Published online 2014.
6. Yao FSF, Tseng CCA, Ho CYA, Levin SK, Illner P. Cerebral oxygen desaturation is associated with early postoperative neuropsychological dysfunction in patients undergoing cardiac surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2004;18 (5): 552-558. doi:10.1053/j.jvca.2004.07.007
7. Edmonds HL, Ganzel BL, Austin EH. Cerebral Oximetry for Cardiac and Vascular Surgery. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth.* 2004;8(2):147-166. doi:10.1177/108925320400800208
8. Lian C, Li P, Wang N, Lu Y, Shangguan W. Comparison of basic regional cerebral oxygen saturation values in patients of different ages: a pilot study. *J Int Med Res.* 2020;48(8): 0300060520936868. doi: 10.1177/0300060520936868

KẾT QUẢ THAI KỲ CỦA SONG THAI TỰ NHIÊN SAU 28 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2021

Vương Đức Hình¹, Đỗ Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả thai kỳ của song thai tự nhiên sau 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 201 sản phụ đẻ song thai tự nhiên từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh là 38,3%. Tỷ lệ thai phụ có kiểm soát tử cung là 88,6%. Tỷ lệ phải nhập NICU là 22,9%, tỷ lệ trẻ tử vong sau sinh là 0,2%, chết trong tử cung là 0,2%. **Kết luận:** Song thai dẫn tới nhiều nguy cơ cho thai. **Từ khóa:** Song thai, song thai tự nhiên, kết quả thai kỳ song thai

SUMMARY

RESULTS OF NATURAL TWIN PREGNANCY AFTER 28 WEEKS AT HANOI OBSTETRIC & GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2021

Objective: Describe results of natural twin pregnancy after 28 weeks at HaNoi obstetric & Gynecology hospital in 2021. **Methodology:** The cross sectional study carried on 201 natural twin pregnancy cases at 28 weeks and above at HaNoi obstetric & Gynecology hospital between 01/2021 and 12/2021. **Results:** The proportion of neonatal resuscitation was 38,3%. The percentage of postpartum uterine control was 88,6%. The NICU admission rate was 22,9%, infant mortality rate was 0,2% and fetal death was 0,2%. **Conclusion:** Twin pregnancy might be at risks for infants.

Keywords: twin pregnancy, natural twin pregnancy, results of twin pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là sự phát triển đồng thời hai thai

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vương Đức Hình

Email: drvuonghinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

trong buồng tử cung, là một bất thường về số lượng thai nhưng không phải là bệnh lý, là thai nghén có nguy cơ cao, có thể gây hậu quả bất lợi đến sức khỏe của mẹ, quá trình mang thai và sức khỏe của trẻ [7]. Ngoài những nguy cơ giống như đơn thai như sinh non, nhẹ cân, thai chết lưu..., song thai còn có nhiều nguy cơ khác mà chỉ ra trong song thai [3], nguy cơ tổn thương não tăng so với đơn thai [9].

Trong một thập kỷ gần đây, ở nhiều nước trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng, tỷ lệ đẻ song thai ngày càng tăng cao. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu sau: Mô tả kết quả thai kỳ của song thai tự nhiên sau 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đẻ song thai tự nhiên từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:*

– Hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đẻ song thai tự nhiên từ 28 tuần trở lên (tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối với song thai tự nhiên, dự kiến sinh theo siêu âm 9 – 11 tuần nếu không nhớ ngày đầu kỳ kinh cuối tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021

– Có đủ hồ sơ bệnh án với chẩn đoán song thai tự nhiên.

– Các thông tin và yếu tố nghiên cứu được ghi đầy đủ trong hồ sơ bệnh án.

**Tiêu chuẩn loại trừ:*

– Hồ sơ không đầy đủ thông tin nghiên cứu.
– Sản phụ mang trên 2 thai.
– Song thai được hỗ trợ: IVF, IUI, kích trứng quan hệ tự nhiên...

– Sản phụ đẻ từ nơi khác được chuyển đến Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong cùng thời gian.

2.2. Thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, tất cả số thai phụ vào đẻ song thai trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2021 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thỏa mãn điều kiện và tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp chọn mẫu: theo phương pháp chọn mẫu không xác suất, chọn mẫu thuận tiện

cho nghiên cứu.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Tuổi của sản phụ
- Các loại song thai
- Hồi sức sơ sinh
- Phương pháp hồi sức sơ sinh
- Xử trí biến chứng của mẹ sau đẻ
- Biến chứng chung cho thai
- Tử vong sơ sinh

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu. Số liệu được thu thập từ các bệnh án đẻ song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Lập bảng thống kê và vẽ các biểu đồ biểu thị kết quả nghiên cứu.

2.6. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đa số sản phụ trong độ tuổi từ 25-29 tuổi (42,3%), có 1,5% < 20 tuổi và 12,9% trên 35 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm sản phụ nghiên cứu là $28,6 \pm 4,8$ tuổi.

Các loại song thai: Song thai hai bánh rau - hai buồng ối chiếm 45,8%, song thai một bánh rau – hai buồng ối chiếm 51,2%, song thai một bánh rau – một buồng ối chiếm 3,0%.

Bảng 1. Hồi sức sơ sinh

Hồi sức sơ sinh	Thai thứ nhất		Thai thứ hai	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Có	77	38,3	77	38,3
Không	124	61,7	124	61,7
Tổng	201	100,0	201	100,0

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh là 38,3%.

Bảng 2. Xử trí biến chứng của mẹ sau đẻ

Xử trí biến chứng mẹ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bình thường	20	10,0
Kiểm soát tử cung	178	88,6
Bóc rau	97	48,3
Thắt động mạch tử cung	8	4,0

Nhận xét: Tỉ lệ thai phụ có kiểm soát tử cung là 88,6%, bóc rau là 48,3%. Có 4% phải xử trí thắt động mạch tử cung.

Bảng 3. Biến chứng chung cho thai

Biến chứng cho thai	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chết 1 thai	1	0,5
Chậm tăng trưởng trong tử cung	4	2,0
Dị tật bẩm sinh	3	1,5
Hội chứng truyền máu trong song thai	2	1,0

Nhận xét: Có 2,0% trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung. 1,5% có dị tật bẩm sinh, 1,0% có hội chứng truyền máu trong song thai và 0,5% chết 01 thai.

Bảng 4. Tử vong sơ sinh

Tử vong sơ sinh	Thai thứ nhất		Thai thứ hai		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bình thường	156	77,6	152	75,6	208	51,7
Nhập NICU	44	21,9	48	23,9	92	22,9
Tử vong sau sinh	1	0,5	0	0	1	0,2
Chết trong tử cung	0	0	1	0,5	1	0,2
Tổng	201	100,0	201	100,0	402	100,0

Nhận xét: Trong 402 trẻ, tỉ lệ phải nhập NICU là 22,9%, tỉ lệ trẻ tử vong sau sinh là 0,2%, chết trong tử cung là 0,2%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại song thai trên siêu âm.

Theo nghiên cứu của tác giả Gernt P.R và Mauldin J.G xác định trên siêu âm trước sinh, tỷ lệ song thai 1 bánh rau 1 buồng ối là 0,6%, song thai 1 bánh rau 2 buồng ối là 21% và song thai 2 bánh rau 2 buồng ối là 78,4% [8]. Song thai hai bánh rau-hai buồng ối chiếm 45,8%, song thai một bánh rau – hai buồng ối chiếm 51,2%, song thai một bánh rau – một buồng ối chiếm 3,0%. Như vậy kết quả của chúng tôi khác với kết quả của Gernt P.R, Mauldin J.G và cộng sự do trong nghiên cứu của các tác giả thì tỷ lệ mang song thai cao hơn do các hỗ trợ sinh sản làm giảm tỷ lệ song thai một noãn.

4.2. Hồi sức sơ sinh. Tỉ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh là 38,3%. Phương pháp làm khóc và hút dịch là 2 phương pháp được sử dụng nhiều nhất. Có 23,9% trường hợp cần thở oxy và 4,5% cần bóp bóng.

Tỷ lệ trẻ cần làm HSSS tại phòng đẻ thấp ở hai nhóm trẻ sinh đủ tháng và nhóm trẻ có trọng lượng > 2500g. Chúng tôi thấy tỷ lệ HSSS tỷ lệ nghịch với tuổi thai và trọng lượng thai: thai càng non tháng, nhẹ cân thì điểm số Apgar càng thấp và kết quả HSSS cũng kém. Điều này có thể được giải thích rằng ở nhóm trẻ sinh đủ tháng và nhóm trẻ có trọng lượng > 2500g là nhóm mà thai đã hoàn thiện, phổi, tuần hoàn và các cơ quan khác đã được phát triển hoàn chỉnh để thích nghi với môi trường sống bên ngoài.

4.3. Biến chứng của mẹ sau đẻ. Tỉ lệ thai phụ có kiểm soát tử cung là 88,6%, bóc rau là

48,3%. Có 4% phải xử trí thắt động mạch tử cung. Theo Ngô Thị Hương tỷ lệ chảy máu sau đẻ chiếm 8,7%. So sánh trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền, Nguyễn Vũ Quốc Huy, tỷ lệ chảy máu sau đẻ là 5,5% [4]. Trong nghiên cứu của Apichart Chittacharoen MD và cộng sự, tỷ lệ chảy máu sau đẻ là 5,6% trong song thai [6].

4.4. Biến chứng của thai. Kết quả cho thấy có 2,0% trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung. 1,5% có dị tật bẩm sinh, 1,0% có hội chứng truyền máu trong song thai và 0,5% chết 01 thai. Trong 402 trẻ, tỉ lệ phải nhập NICU là 22,9%, tỉ lệ trẻ tử vong sau sinh là 0,2%, chết trong tử cung là 0,2%

Ngô Thị Hương (2020) cho thấy tỷ lệ trẻ tử vong trong chiếm 1.3% [2]. Kết quả nghiên cứu của Hà Thị Tiểu Di và cộng sự, tỷ lệ này là 6,6% song thai một bánh rau, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi vì có thể tỷ lệ tử vong tăng lên bởi các biến chứng của song thai một bánh một buồng ối [1]. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ tử vong của Ninh Văn Minh là 5,45%, có thể vì nghiên cứu của Ninh Văn Minh ở Bệnh viện Phụ sản Thái Bình, trang thiết bị kỹ thuật và chăm sóc sơ sinh có nhiều hạn chế hơn Bệnh viện Phụ sản Hà Nội nên khả năng nuôi sống sơ sinh non tháng nhẹ cân thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [5]. Bên cạnh đó khi so sánh với nghiên cứu của Phùng Đức Nhật Nam tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2014 chỉ có 1 trẻ tử vong do dị tật bẩm sinh, chiếm 0,14% tổng số song thai [10], tỷ lệ tử vong của chúng tôi tương đương như vậy cho thấy sự phát triển về chăm sóc sơ sinh non tháng trong những năm gần đây ở BVPSHN cũng như tại Việt Nam nói chung. Các trường hợp song thai đa phần đã được sử dụng corticoid trưởng thành phổi sớm vì nguy cơ đẻ non rất cao nên cũng góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong.

Tuy tỷ lệ tử vong của sơ sinh ở nước ta thấp nhưng vẫn còn cao hơn so với những nước phát triển, có điều kiện trang thiết bị kỹ thuật cao hơn chúng ta. Điều này đặt ra yêu cầu cho chúng ta phải không ngừng nâng cao trình độ chuyên môn và thiết bị y tế hỗ trợ để làm giảm nhiều hơn nữa tỷ lệ tử vong sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh là 38,3%.
- Tỉ lệ thai phụ có kiểm soát tử cung là 88,6%, bóc rau là 48,3%. Có 4% phải xử trí thắt động mạch tử cung.
- Tỉ lệ phải nhập NICU là 22,9%, tỉ lệ trẻ tử vong sau sinh là 0,2%, chết trong tử cung là 0,2%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Thị Tiểu Di, Võ Tá Sơn và Lê Đức Vĩnh (2019), "Nghiên cứu các đặc điểm siêu âm và kết quả xử trí thai kỳ song thai một bánh nhau tại bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng", Tạp Chí Phụ sản, 16(4), tr. 56-65.
2. Ngô Thị Hương (2021), Nhận xét kết quả xử trí thai kỳ ở các trường hợp song thai tự nhiên tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội 6 tháng cuối năm 2020, Khóa luận tốt nghiệp, Đại học Quốc gia - Trường đại học Y dược, Hà Nội.
3. Nguyễn Hồng Hoa (2016), "Các biến chứng của song thai", Tạp Chí Phụ sản, 14(2), tr. 17-25.
4. Nguyễn Thanh Hiền và Nguyễn Vũ Quốc Huy (2017), "Nghiên cứu tỷ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai", Tạp Chí Phụ sản, 14(4), tr. 28-34.
5. Ninh Văn Minh và Lê Hải Dương (2013), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí song thai chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình", Y học thực hành, 870, tr. 174-175.
6. Apichart Chittacharoen MD, Duangtip Singhakun MD và Nathpong Israngura Na Ayudhya MD (2006), "The pregnancy result of twins Ramathibodi Hospital", J Med PGS Thai, 89(4).
7. Charles R B Beckman (2014), Multifetal Gestation, 7th, Obstetrics and Gynecology.
8. Martin JC van Gemert, Jeroen PHM van den Wijngaard và Frank PHA Vandebussche (2015), "Twin reversed arterial perfusion sequence is more common than generally accepted", Birth Defects Res A Clin Mol Teratol, 107(7).
9. P O D Pharoah và T Cooke. (1996), "Cerebral palsy and multiple births", Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition, 75(3), tr. F174-F177.
10. Phùng Đức Nhật Nam (2015), Một số yếu tố liên quan đến xử trí song thai đủ tháng chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2014-2015, Luận văn Thạc sỹ Y học,, Trường Đại Học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN CÓ TẠO DÂY THANH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ THÁNG 09/2020 ĐẾN THÁNG 06/2021

Trần Anh Bích¹, Vũ Kim Ngân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phát âm và lành thương trên nội soi sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh bằng vật niêm mạc bằng thanh thất hay vật cơ dưới móng tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 09/2020 đến 06/2021. **Kết quả và bàn luận:** Thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) về khàn tiếng trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng lần lượt là: $7,6 \pm 1,32$; $5,3 \pm 1,53$ và $2,5 \pm 1,62$. Điểm VAS sau phẫu thuật 1 tháng và sau phẫu thuật 3 tháng có sự cải thiện so với trước phẫu thuật lần lượt là 2 điểm và 5 điểm. Điểm VAS của 2 nhóm kỹ thuật tạo hình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nội soi thanh quản sau phẫu thuật 1 tháng là giả mạc hố mổ chiếm 60,6% và sau phẫu thuật 3 tháng là hình ảnh lành thương hoàn toàn chiếm 90,9%. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt thanh quản bán phần có tạo hình bằng vật cơ dưới móng hay vật bằng thanh thất đều cải thiện điểm VAS so với lúc trước mổ, sự khác biệt giữa 2 cách tạo vật không có ý nghĩa thống kê. Hình ảnh nội soi 3

tháng sau phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tái tạo dây thanh tại bệnh viện Chợ Rẫy đạt 90% liền hoàn toàn. **Từ khóa:** cắt thanh quản bán phần trần bên, cắt thanh quản, tái tạo dây thanh

SUMMARY

EVALUATION THE RESULTS OF PARTIAL LARYNGECTOMY WITH VOCAL CORD RECONSTRUCTION AT CHO RAY HOSPITAL FROM 09/2020 TO 06/2021

Objective: Evaluation of pronunciation and laryngoscopy images 1 month and 3 months after partial laryngectomy using a false cord flap or an infrahyoid muscle flap to reconstruct the defect. **Subjects and methods:** Patients diagnosed with early stage laryngeal cancer underwent partial laryngectomy at Cho Ray hospital from September 2020 to June 2021. **Results and discussion:** VAS (Visual Analogue Scale) score for hoarseness before surgery, 1 month and 3 months after surgery are: 7.6 ± 1.32 ; 5.3 ± 1.53 and 2.5 ± 1.62 , respectively. VAS score at 1 month and 3 months after surgery have an improvement compared to the score before surgery. There was no statistically significant difference between the VAS score of the two reconstruction techniques. The majority of endoscopic images at 1 month after surgery are white slough at the surgical site (60.6%) and at 3 months after surgery are completely healing wound (90.9%). **Conclusion:** partial laryngectomy with reconstruction of the defect improved the VAS score of hoarseness. The wound healed completely after 3 months on laryngoscopy.

Keywords: partial laryngectomy, laryngectomy, vocal cord reconstruction

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024